Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Breslau.
Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Küttner †.

Chirurgische Erfahrungen bei Gastroptose

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Friedrich Danke
Med.-Prakt.

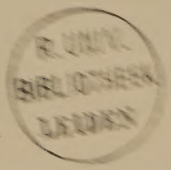
Breslau 1933.

Spezialdruckerei für Dissertationen Dr. Hermann Eschenhagen, KG., Ohlau i. Schl.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

I. Referent: Privatdozent Dr. Reinhauer.

II. Referent: Professor Dr. Stepp.



MEINEM VATER

Gewisse Verlagerungen des Magens, damals hauptsächlich auf Grund von Leichenuntersuchungen beobachtet, fanden schon bei älteren Autoren (Morgagni, Riolan) Erwähnung. Die Verlagerung des Magens im Sinne einer Senkung, die Gastroptosis, wurde zuerst von Couveilhier geschildert, der sie als in die „malade du corsage" hineingehörend betrachtet. Weit bekannter ist Landau, der 1881 in seiner Monographie über die Wanderniere in dem Festigkeitsverlust der Bauchdecken eine der Hauptursachen der Eingeweidesenkung sah: „Das Prinzipielle und aetiologisch Wichtige ist in erster Linie die Erkrankung der Bauchdecke". 1885 hat Glénard die verschiedenen Formen der Eingeweidesenkung unter dem Begriff Enteroptosis zusammengefaßt. Die Theorien über die Pathogenese der Eingeweidesenkung von Landau und Glénard stehen sich gegensätzlich gegenüber. Einen auch heute noch kaum bestrittenen Fortschritt brachten die Untersuchungen, die Stiller 1907 in seinem Buche „Die asthenische Konstitutionskrankheit" veröffentlicht hat. Von Stiller stammt der Begriff der Asthenia universalis, er hat zum ersten Male auf die Bedeutung der Konstitution für die Eingeweidesenkung hingewiesen. Seine Forschungen sind von vielen anderen Autoren erweitert worden (z. B. Rovsing, Perthes, Katsch), aber im wesentlichen bestehen noch heute diese zwei Theorien von Landau und Stiller, die die Eingeweidesenkung als erworben und als durch die konstitutionelle Anlage bedingt betrachten.

Es steht hier nicht die Eingeweidesenkung als Gesamtbild, sondern nur eine Teilerscheinung, die Gastroptosis in Frage. Es ist klar, daß bei verschiedenen Menschen die verschiedensten Formen der Magensenkung festzustellen sind, von leichten Formen, bei denen der Magen nur einige Querfinger unterhalb der normalen Grenze liegt, bis zu den schwersten, bei denen das gesenkte Organ bis zur Symphyse hinabreicht.

Die Magensenkung spielt nun nicht bloß als anatomische Veränderung eine Rolle, sie ist vor allem von vielen Autoren als Krankheitsursache gekennzeichnet worden. Der in dem

Gebiet der Gastroptose erfahrene und anerkannte Autor Rovsing äußert sich dazu so: „Gastroptose ist unter allen Umständen eine Krankheit". Wenn Rovsing und seine Anhänger Recht hätten, daß Gastroptose „unter allen Umständen" eine Krankheit ist, dann müßten viel mehr Menschen wegen Gastroptosebeschwerden den Arzt aufsuchen.

Zu diesem Schluß berechtigt die Häufigkeit der Gastroptose. Es besteht eine Gastroptose bei etwa 67% (Bönniger) bzw. 75% (Dennig) der erwachsenen Frauen, und bei etwa 25% (B.) bzw. etwas mehr (D.) der erwachsenen Männer; diese Zahlen werden von anderen Statistiken sicherlich abweichen, sie sollen aber nur zeigen, wie ungeheuer häufig die Gastroptose anzutreffen ist. Ein anderes Resultat als oben, aber auch hinweisend auf die Häufigkeit der Gastroptose, fand Bryant (1922): Von 290 Sektionen zeigten 42% Männer, 58% Frauen Visceroptosis, dabei eine geringe Zunahme der Häufigkeit bei Frauen im höheren Alter. Wie weit dieses Resultat mit dem bei Lebenden übereinstimmt oder davon abweicht, kann nicht entschieden werden, da Angaben über besondere Untersuchungsmethoden, die ein Fehlresultat durch postmortale Veränderungen ausschließen, in dem Bericht nicht gemacht waren.

Die zahlenmäßig bewiesene Häufigkeit der Gastroptose zeigt, daß der weitaus größere Teil der Menschen mit Gastroptose herumläuft, ohne jemals Beschwerden davon zu haben. Das allein ist schon ein schwerwiegendes Argument gegen den von Rovsing aufgestellten Satz. Wenn man von der Häufigkeit der Gastroptose absieht und bedenkt, daß eine einmal gefundene Ptose ja durchaus nicht ein Dauerzustand sein muß, so verliert die Behauptung von der Ptose als Krankheitsursache auch an Wahrscheinlichkeit. Der Magen gehört zu dem Innervationsgebiet des vegetativen Nervensystems, und man kennt dessen Abhängigkeit von der Psyche. Heyer hat eine Frau in Hypnose untersucht und das Resultat als Beitrag zur Gastroptosefrage veröffentlicht. Es wurde in Hypnose einer Frau ein Röntgenbrei eingegeben mit der Suggestion, sie werde die gleichen Enpfindungen haben, wie bei appetitlos eingenommenen Mahlzeiten. Die Röntgenuntersuchung zeigte einen schwer ptotischen, sackartig formlosen Magen, der sich rasch aber ohne gute Antrumbildung entleert; völlig fehlende Peristaltik. Röntgenuntersuchung mit suggeriertem

Appetit: Gut konfigurierter Magen, nur wenig ptotisch, kräftige Peristaltik, gute Antrumbildung, langsame Entleerung. Katsch erwähnt einen Fall, bei dem die Röntgenuntersuchung während eines Ohnmachtsanfalles einen völlig ptotisch-atonischen Magen zeigte, der sich bei einer späteren Untersuchung in etwa normaler Lage und gutem Tonuszustand befand. Diese Tatsachen weisen darauf hin, daß eine Gastroptose, die man irgendwann als Krankheitsursache bezeichnet, einige Zeit später nicht mehr vorhanden zu sein braucht trotz weiter bestehender Beschwerden. Wenn man das alles berücksichtigt, wird man sich viel eher der Ansicht von Katsch anschließen, der einmal sagte: „Der Befund des ptotischen Magens wird ziemlich allgemein überwertet". Bei den vielen Möglichkeiten, die die Ursache von Beschwerden des Magens oder überhaupt von Beschwerden im Bauch sein können, spielt die Gastroptose als Krankheitsursache sicher eine untergeordnete Rolle. Differential-diagnostisch kommen da ulceröse Prozesse im Magen und Duodenum, Gastritiden, abnorme Sekretionsverhältnisse des Magens, Megaduodenum, krankhafte Veränderungen der Gallenblase und Gallenwege, des Wurmfortsatzes, bei der Frau: des Genitalapparates, Adhäsionen als Folge von Erkrankungen der Bauchorgane usw. in Frage. Daneben kann natürlich immer eine Gastroptose bestehen, ohne daß sie von sich aus irgendwelche Beschwerden verursachen müßte. Da aber dort, wo man wirklich einmal die Gastroptose als Ursache für Beschwerden verantwortlich zu machen geneigt ist, die Krankheitserscheinungen so völlig uncharakteristisch und verschieden sind, ist leicht vorstellbar, daß manchmal atypische und unbestimmte Symptome anderer erkrankter Bauchorgane nicht richtig diagnostiziert werden und als durch die Gastroptose hervorgerufen gedeutet werden. D. h. man wird die Diagnose „Gastroptosis" sicherlich in vielen Fällen als Verlegenheitsdiagnose bezeichnen können.

Daß die Gastroptose in manchen Fällen nicht doch eine Krankheit ist, wird man sicherlich nicht von vornherein ableugnen können. Man könnte sich vorstellen, daß z. B. eine große Hubhöhe bei ptotischem Magen Anlaß zu vielerlei Beschwerden wird. Große Hubhöhe könnte durch anfängliche übermäßige Beanspruchung der Magenmuskulatur und folgende Erschlaffung des Magens eine lange Verweildauer der

Nahrung im Magen bewirken, die Gastritis mit ihren Beschwerden: Uebelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Aufstoßen etc. zur Folge hat, Abknickung des Pylorusteiles könnte stenoseähnliche Erscheinungen hervorrufen, die Ptose könnte durch dauernden übermäßigen Zug an den Aufhängebändern des Magens, in denen viele sensible Nerven verlaufen, Ursache von Schmerzen sein.

Wenn nun die Gastroptose wirklich alle diese Veränderungen und Beschwerden verursachen könnte, dann müßte man das durch die Operationsresultate, Heilungserfolge und Spätschicksale der Gastroptosekranken entscheiden können, bei denen man wegen der Senkung des Magens und der daraus scheinbar resultierenden Folgen nach einer das Organ hebenden und in normaler Lage fixierenden Operationsmethode operiert hat. Die Gegenüberstellung des Spätschicksals operierter und nicht operierter Gastroptosepatienten müßte zeigen können, ob die früher gestellte Diagnose „Gastroptosis" ihre Berechtigung hatte, oder ob eine inzwischen deutlich gewordene andere Erkrankung die damalige Fehldiagnose beweist.

Bezüglich der Pathogenese der Gastroptose besteht noch nicht eine einheitliche Ansicht bei allen Autoren. Doch haben die Theorien von K a t s c h als die modernsten und einleuchtendsten wohl die meisten Anhänger.

Nach ihm sind die rein mechanischen Theorien als Ursache der Gastroptose als übertrieben anzusehen. So reicht z. B. die früher aufgestellte Korsettheorie als alleinige Erklärung nicht aus. Uebermäßiges Schnüren durch die Kleidung kann nur als mitwirkender Faktor Geltung haben. Ebenso Formänderungen des Brustkobes, z. B. Kyphoskoliose. Bestimmt nicht ohne Bedeutung ist der Tonusverlust der Bauchdecken, der bedingt sein kann durch viele schnell aufeinanderfolgende Geburten, durch große Ovarialtumoren, die entfernt wurden, durch Beseitigung großer Ascitesmengen usw. Der Hängebauch kann für viele Fälle von Gastroptose maßgebend sein. Man wird nicht in Abrede stellen, daß die Ptose ein rein örtlich oder mechanisch bedingtes Leiden sein kann (Landausche Form). Aber die Praxis zeigt, daß ausgesprochene Fälle dieser Art nicht sehr häufig vorkommen, und daß der von R o v s i n g geprägte Begriff der „maternellen Ptose" entschieden zu eng bestimmt ist.

Weitaus wichtiger als alle mechanistischen Theorien, die ja nur einen ganz kleinen Teil der Gastroptosefälle erklären können, ist der Veranlagungsfaktor, die Konstitution. Die Gewebsschlaffheit der asthenischen (Stiller) oder hypotonischen (Tandler) Konstitution, die Hypotonie der Magenwand selbst und des Aufhängeapparates bei diesen Typen kann als Ursache der Gastroptose angesehen werden. Die Hypotonie des Asthenikers beruht wohl zum Teil auf abweichenden Reaktionen und Einstellungen des Nervensystems, und diese veränderte Reaktionsweise hat ihre letzte Ursache in der Hypotonie, der Enteroptose, dem ganzen Habitus, im Konstitutionellen. Im Konstitutionellen wurzelt auch die Neurose. Nach Katsch werden die so schwer erklärbaren Ptosefälle ohne Hängebauch verständlich „durch eine nervöse Dysergie in dem statischen Tonus- und Haltungssynergismus der Bauchhöhle". Nach dieser Auffassung können nun auch aus lang anhaltender funktioneller Regulationsstörung geradezu anatomische Abwandlungen hervorgehen. Die Theorie der nervösen Ptose zeigt zugleich die Beziehung zwischen Ptose und Neurose.

Klinisch unterscheidet man nach Katsch praktischerweise zwei Formen: 1. Landau'sche Form, 2. konstitutionelle Form.

1. Es handelt sich meist um Frauen der arbeitenden Bevölkerung, Frauen von kräftigem Wuchs, gesunder Farbe, normal entwickelter Muskulatur und Fettpolster. Die Frauen haben häufige Geburten, Zwillingsgeburten, Hydramnion usw. mit anschließenden kurzen Wochenbetten hinter sich. Seit einiger Zeit bestehen Beschwerden: Gefühl von Zerrung und Schwere im Leib, Druck, Müdigkeit, Rückenschmerzen. Sie fühlen sich weniger krank als leistungsunfähig. Eine Leibbinde wird angenehm empfunden, desgleichen Niederlegen. Eine spätere Gravidität kann die Beschwerden vorübergehend beseitigen. Bei dieser Form der Ptose hört man häufig Klagen über Magendrücken bei leerem Magen, über Uebelkeit, Inappetenz, Aufstoßen, selten auch Erbrechen nach anstrengender körperlicher Betätigung; dazu kommt häufig chronische Obstipation, die auf das Gesamtbefinden ungünstig einwirken kann: Kopfschmerz, Verstimmung, Facies atonica (hypochondrica), Beeinträchtigung des Ernährungszustandes. Heben einer großen Last kann Schmerzen im Leibe hervorrufen, „als ob etwas

zerrissen wäre". Dieses Zerrungsgefühl verschwindet wieder, um bei erneuten Anstrengungen wiederzukehren. Die subjektiven Leiden sind verschieden schwer.

Bei der Untersuchung ergibt sich in typischen Fällen oft ein im Stehen deutlicher Hängebauch. Schmerzen und unangenehme Sensationen lassen sich durch den Glénard'schen Handgriff oft augenblicklich beseitigen; in manchen Fällen ist Plätschergeräusch des Magens vorhanden. Röntgenologisch zeigt sich ein lang ausgezogener Magen, der mit seinem tiefsten Pol meist bis zur Symphyse hinabreicht. Im allgemeinen ist ausreichende peristolische Funktion vorhanden, sodaß die gewöhnliche Breimahlzeit den Magen auffüllt, aber in anderen Fällen hat die Peristole nachgelassen, der Magen ist im Sinusgebiet vergrößert, die Magenwände haben sich in der Corpusgegend genähert. Zug von oben und unten läßt eine Magentaille hervortreten. Der Chemismus des Magens bietet im allgemeinen nichts Typisches. Diese Frauen sind in den meisten Fällen frei von jeglicher Neurose. Die Schmerzen sind hier wohl wirklich Zerrungsschmerzen an Ligamenten und Mesenterien, es fehlt, wie Katsch sich ausdrückt, „ein ausreichender Fixierungsreflex der Bauchhöhle gegenüber plötzlichen Erschütterungen". Nach Perthes sind diese Erklärungsweisen allein aber nicht erschöpfend. Er weist auf einen nicht in allen Fällen vorhandenen Folgezustand der Gastroptose hin, der die Beschwerden hervorruft, nämlich auf die Abknikkung des oberen Duodenums. Die pars horicontalis superior liegt nicht horizontal, sondern steigt vertikal auf und geht an bestimmter Stelle über einen spornartigen Knick zum Abstieg in die pars verticalis über. In diesem Hindernis, das abnorme Anforderungen an die Magenperistaltik stellt, sieht Perthes mit eine der Hauptursachen der Schmerzen. In manchen Fällen wird sich unter Umständen Stauung in den Gallenwegen als Folge der Gastroptose klinisch bemerkbar machen.

2. Bei der konstitutionellen Form ist die Gesamterscheinung, die Vorgeschichte der Kranken ganz anders. Ein Teil der Klagen wie bei der Landau'schen Form wird auch hier angegeben. Diese plötzlichen Zerrungsschmerzen finden sich beim Astheniker nicht. Es wird über abnorme Flauigkeit bei leerem Magen, Völlegefühl nach dem Essen, Uebelbefinden am Morgen, Nichtfrühstückenkönnen geklagt, es besteht

meist geringer Appetit und Ekelgefühl neben Vorliebe für bestimmte Speisen, Aufstoßen nach dem Essen. Erbrechen ist ziemlich selten und spielt keine bedeutende Rolle. Rückenlage wird nur in manchen Fällen als angenehm und von günstigem Einfluß auf die Beschwerden empfunden. Das wichtigste bei dieser Form ist die meist vorhandene Neurose. Der neurotische Anteil erklärt den großen Reichtum der funktionellen Symptome, Sensationen und subjektiven Klagen. Die Mannigfaltigkeit der Beschwerden zu zeigen, ist zwecklos, die Neurasthenie bringt es mit sich, daß immer wieder individuelle Beschwerden von den Patienten angegeben werden. Wenn auch bei den Menschen, die mit diesen unklaren Bauch- und Magenbeschwerden, wie sie bei Gastroptose beobachtet werden, zum Arzt kommen, eine Senkung des Magens röntgenologisch festgestellt wird, so sind doch alle diese Beschwerden, wie viele Autoren erklären, weniger organischer als vielmehr nervöser Natur. Stiller, der die Enteroptose als ein Symptom des Habitus asthenicus ansieht, äußert sich über die Ursache der Beschwerden so: „Immer und immer gab die Neurasthenie den Grundton der Melodie ab". Die Beschwerden hängen am wenigsten von der bestehenden anatomischen Verlagerung der Organe ab, sondern vielmehr von der übergeordneten Ursache, dem „kongenital defekten Nervensystem". Nach Katsch ist oft bei den zarten schlanken Menschen des Habitus asthenicus kein Krankheitsgefühl vorhanden, aber „das Versagen gegenüber äußeren Anforderungen führt zu Beschwerden", zu denen dann noch Neurotisches hinzukommt. Es besteht eine Bereitschaft zur Neurose, ebenfalls konstitutionell bedingt, die ein weiterer wichtiger Faktor zum Krankwerden und Kranksein ist, eine Bereitschaft, die besonders bei Menschen im Alter von 19 bis 35 Jahren zu beobachten ist, in dem vorwiegend vorkommenden Alter der beschwerdemachenden Gastroptose.

Der Befund zeigt meistens Menschen von mehr oder weniger stark ausgeprägtem Habitus asthenicus; magere muskelschwache Menschen mit zarter und blasser Haut, Nachgiebigkeit der Bauchwand: „Dépressibilité anormale", gleichzeitiges Vorkommen anderer Ptosen (Niere, Leber, Milz, Kolon,) und Zeichen allgemeiner Gewebsschlaffheit: Rectusdiastase, Hernien, Varicen usw. In manchen Fällen ist Plätschergeräusch des Magens vorhanden, das aber keine pathognomonische Be-

deutung hat, wie von manchen Autoren angegeben. Die chemische Untersuchung des Magensaftes ergibt nichts Gesetzmäßiges. Es wird Superacidität gefunden neben Subacidität und normalen Säureverhältnissen. Bei der Röntgenuntersuchung fällt der schlanke, lange, hakenförmige Magen mit dem gleichfalls schlanken bulbus duodeni auf. Die Entleerung des Magens kann beschleunigt sein, ist meist normal oder nur geringfügig verzögert, meist nicht über 5 Stunden hinaus. Die funktionelle Leistung des Magens ist nie so herabgesetzt, daß sie allein die Ursache der schlechten Trophik dieser Menschen sein könnte, oder zur Gastroptosekachexie (R o v s i n g) führen könnte. Die Konstitution ist für den von der Norm abweichenden Tonus, Turgor und Trophik verantwortlich zu machen. Bestehen ernste Inanitionszustände, so liegt der Grund, wenn nicht in organischen Erkrankungen, in schwerster Neurose mit Anorexie und Erbrechen. Bei allem ist die Ueberempfindlichkeit wichtiger als Senkung, Dehnung und Zerrung des Magens.

Eine genaue Auseinanderhaltung zwischen Landau'scher und konstitutioneller Form der Ptose gelingt nur aus Anamnese und Gesamterscheinung der Kranken; aber Mischfälle sind nicht selten, bei denen konstitutionelle Veranlagung und lokale anatomische Schädigung der Bauchwand die Krankheit bewirken.

Die Therapie der Gastroptose macht in unkomplizierten Fällen keine Schwierigkeiten. Durch gut sitzende Bauchbandagen werden die verlagerten Organe gestützt und in normaler Lage erhalten; die Bandage bewirkt Erhöhung des „intraabdominalen Spannungsdruckes" (S c h w e r d t), dessen Mangelhaftigkeit oder Fehlen der eine Faktor für das Zustandekommen der Gastroptosekrankheit sein soll. Liegekuren — horizontales Liegen — und Mastkuren werden einen günstigen Einfluß auf die Gastroptose ausüben. Weiterhin bietet der große Symptomenreichtum eine Menge Angriffspunkte für die Therapie. Schwieriger ist es in den Fällen, in denen die Ptose nicht nur mechanisch bedingt ist, in denen der ptotische Magen nur der Ausdruck der Konstitution ist. Die Konstitution enthält die Krankheitsbereitschaft, auf dem Boden der Konstitution entwickelt sich die Neurose. Konstitution und Neurose sind in sehr vielen Fällen von Gastroptose als Krankheitsursache anzusehen. Gegen diese beiden hat sich die The-

rapie zu richten. Gegen die Konstitution als dem Hauptübel wird sich wohl nicht viel tun lassen, nur gegen die Neurose. Eine Behandlung mit Bandagen, mit tonisierenden Mitteln kann einen unbewußten psychotherapeutischen Erfolg darstellen. Psychotherapeutische Mittel wirken nicht bloß auf neurasthenische Symptome, die neben der Ptose beim Astheniker aufzufinden sind, sondern sie können den Tonus selbst beeinflussen und damit die neurotische Bauchstatik. Die erwähnten Versuche und Mitteilungen von Heyer weisen nach dieser Richtung hin.

Neben der konservativen besteht die Möglichkeit der operativen Therapie. Ueber ihre Anwendung finden sich die verschiedensten Ansichten unter den einzelnen Autoren. Stiller ist sehr zurückhaltend mit der Indikation zur Operation bei seinem Typus, dem Habitus asthenicus, er sagt: „Auch der künstlich gehobene Magen bleibt ein asthenischer mit all seinen sensitiven, motorischen, sekretorischen und reflektorischen Innervationsstörungen". Er erkennt als einzige Indikation zur Operation die atonische, funktionelle Gastrectasie an, wenn sie sich bis zur stabilen Stagnation entwickelt hat, die durch keinerlei therapeutische Maßnahmen zu beseitigen ist. Die einzige in Frage kommende Operation ist die Gastro-Enterostomie. Diese Stellungnahme ist bedingt durch Stillers Anschauung über die Beziehung zwischen Ptose, Hypotonie und Gastrectasie. Nach ihm ist die Atonie einer der charakteristischsten und konstantesten Züge der Asthenie, nach ihm besteht weiter ein genetischer Zusammenhang zwischen Atonie, Gastroptose und Gastrectasie, und zwar derart, daß erstere der Boden ist, auf dem die letzteren beiden sich erst entwickeln können. Aehnlich äußert sich Schlesinger, der als gemeinschaftliche Entwicklungsbasis aller Ptosen eine universelle Hypotonie der Organe und Gewebe des Körpers ansieht. Der Tonusverlust ist das primäre, die Ptose, Ectasie das sekundäre Moment. Gegensätzlicher Ansicht ist Katsch. Nach ihm ist die Atonie eine „dekompensierte Ptose", der atonische Magen ist „in vielen Fällen gleichsam eine Komplikation oder Folgerung der Gastroptose". Der Tonus des Magens hängt nicht allein ab von der mangelhaften Gewebsbeschaffenheit, sondern auch von der Innervation (Reflexe, psychogene Stimmung usw.). Die Frage, ob die Atonie das primäre ist und Ptose, Ectasie das sekundäre oder umgekehrt, ist

deshalb nicht bloß eine theoretische, sondern hat große praktische Bedeutung, weil in dem einen Falle (erst Atonie und dadurch bedingt Ptose usw.) jede den Magen hebende Operation (Gastropexie nach Duret, Rovsing oder Perthes, Gastrosuspension nach Bier) sinnlos wäre, da bald wieder die alten anatomischen Verhältnisse erreicht sein würden, in dem anderen Falle (erst Ptose dann motorische Insuffizienz) ihre Berechtigung hätte. Denn ein gesunkener Tonus bedeutet ja nicht eine „irreversible Störung". Ein ptotisch-atonischer Magen kann durchaus wieder zur normalen aktiven Form zurückkehren, sofern günstigere Unterstützungsverhältnisse geschaffen sind; und diese schafft ja eine hebende und fixierende Operation.

So darf man wohl in einer Verfolgung und kritischen Betrachtung der Operationsresultate fixierender Operationen auch ein Mittel sehen, um über die Berechtigung des Krankheitsbegriffes „Gastroptosis" und seine Varianten ein Urteil zu fällen.

In die Breslauer chirurgische Klinik sind in den Jahren von 1914 bis 1930 im ganzen 46 Patienten eingetreten, die auf Grund ihrer anamnestischen Angaben und des Untersuchungsbefundes als Fälle von Gastroptose diagnostiziert und dementsprechend operativ oder konservativ behandelt wurden.

Es handelt sich um 7 Männer und 39 Frauen, bei denen anamnestisch Magen- und Bauchbeschwerden neben solchen allgemeinerer Art verschieden weit zurückreichen:

bei	10	Fällen bis	4	Monate
„	13	„ „	3	Jahre
„	12	„ „	5	„
„	9	„ „	11	„
„	2	„ „	30	„

Am häufigsten wurden Schmerzen angegeben (in 42 Fällen), die sich unterschieden in Lokalisation, Dauer und Art, soweit überhaupt solche differente Angaben gemacht wurden. Die Schmerzen traten nach und unabhängig vom Essen in 35 Fällen auf, in 7 als Nacht- und Nüchternschmerzen. Dann folgen der Häufigkeit nach Klagen über lästiges Aufstoßen, Gewichtsabnahme, Erbrechen, Brechreiz, Uebelkeit, Druck- und Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Ekel gegen bestimmte Speisen, Flauigkeit, Nichtfrühstückenkönnen, Obstipation und Diarrhoe. Hinzu kommt die Fülle von Klagen und Beschwerden

die durch ihre oft ins Abenteuerliche gehende Form ihre neurotische Natur verraten.

Das Alter der in die Klinik eingetretenen Patienten schwankte zwischen 18 und 64 Jahren. Ein Patient war 18 Jahre alt; im 3. Dezennium standen 18 Patienten, im 4. 8, im 5. 8, im 6. 7,; 2 Patienten waren über 60 Jahre alt.

Soweit in den Krankengeschichten ein Vermerk über den körperlichen Zustand zu finden war, war von schwächlichem, wenig kräftigen, grazilen Knochenbau die Rede; eine Reihe von Fällen war als zugehörig zum Habitus asthenicus bezeichnet. Rückschließend läßt sich das auch aus den Nachuntersuchungen an einer Anzahl von Patienten sagen. Fast alle zeigten kleinen, zarten, hageren Körperbau, beträchtliche Adipositas war kaum vorhanden. Es handelte sich meist um Astheniker, die sogenannten „Ulcustypen". Reduzierter Ernährungszustand war in mehr als $^1/_3$ der Fälle im Krankenblatt angegeben. Dieser Befund ist aus der Menge von Beschwerden leicht zu erklären. Konstitution und auch wieder die Neurose können in verschieden großem Ausmaße ursächlich daran beteiligt sein.

Magenplätschern war nur bei einem geringen Teil der Fälle angegeben; dieses Symptom ist für die Diagnose „Gastroptosis" ja auch wenig verwertbar, da es bei sehr vielen mageren Menschen anzutreffen ist; es ist allerdings ein Zeichen einer gewissen bestehenden Hypotonie.

Bei der Untersuchung auf Druckschmerzhaftigkeit läßt sich eine für die Gastroptose charakteristische Lokalisation der Schmerzen nicht feststellen, auch hier war dasselbe wechselvolle Bild wie bei allen anderen Symptomen zu finden.

In vielen Fällen bestanden Zeichen allgemeiner nervöser Ueberregbarkeit.

Bei der Prüfung der Säureverhältnisse des ptotischen Magens ergaben sich bei den 46 Fällen folgende Werte: freie HCl nach Probefrühstück:

HCl-Werte	unter	10	bei	5	Fällen		
„	„	von 10	bis	20	bei	7	Fällen
„	„	„ 21	„	30	„	10	„
„	„	„ 31	„	40	„	4	„
„	„	über 40	bei	3	Fällen.		

Bei 10 Fällen fehlte freie HCl.

Die Werte für Gesamtacidität schwankten zwischen 2 und 120, und zwar:

bis 20	bei	12	Fällen
21—30	„	4	„
31—40	„	7	„
41—50	„	6	„
51—60	„	6	„
61—70	„	2	„
über 70	„	4	„

Demnach bestand bei 46 Fällen von Gastroptose:
Superacidität in 6 Fällen
normale Aciditätsverhältnisse in 19 Fällen
Subacidität in 16 Fällen.

Okkultes Blut im Stuhl wurde nachgewiesen in 8 Fällen (schwach positiv (+) bis stark p. (+ + +)), im Magenausgeheberten in 4 Fällen (davon nur in einem Falle gleichzeitig positiv im Stuhl und Magenausgeheberten).

Röntgenologisch wurden die verschiedensten Formen von Ptose nachgewiesen: Tiefster Punkt des Magens 4 Querfinger unter der Nabelhöhe bis tiefster Punkt tief im kleinen Becken. Der Pylorus hatte sich in manchen Fällen an der Ptose mitbeteiligt. In mehr als der Hälfte der Fälle (25) erfolgte die Entleerung des Röntgenbreies aus dem Magen innerhalb der ersten 4 Stunden. In 12 Fällen bestanden Entleerungsverzögerungen (kleiner Restschatten bis faustgroßer Restschatten). $^2/_3$ aller Fälle zeigten normalen Tonuszustand des Magens, 16 Mägen waren hypo- bzw. atonisch.

Das waren die Angaben über Anamnese und Befund, die aus den Krankenblättern der 46 Patienten entnommen werden konnten. Sie beweisen, daß eine einheitliche Symptomatologie der Gastroptose nicht zu geben ist, sie beweisen, wie schwierig eine einheitliche Betrachtungsweise ist und weiter, wie wenig in sehr vielen Fällen die Angaben der Patienten mit dem Befund in Einklang zu bringen sind.

Die Angaben der Patienten oder deren Angehörigen über das Spätschicksal und die Ergebnisse der bei einigen dieser Patienten angestellten Nachuntersuchungen sollen zeigen, ob die früher einmal gestellte Diagnose „Gastroptosis", an der in manchen Fällen Zweifel auftauchen mußten, auch jetzt noch als zu Recht bestehend angesehen werden kann.

Von den 46 Fällen von Gastroptose wurden 24 operativ behandelt. Es wurde bei ihnen folgende Operation ausgeführt: Probelaparatomie in 2, Gastro-Enterostomie in 1 und Gastropexie in den übrigen 21 Fällen, davon 19 mal nach dem Modus von Perthes. Nur bei 2 Patienten (Gastropexie nach P.) konnte nichts über das Spätschicksal erfahren werden; 15 Patienten gaben selbst, oder durch ihre Angehörigen, Antwort auf die ihnen zugeschickten Fragebogen, 7 Patienten sind zur Nachuntersuchung gekommen. Von sämtlichen operierten Patienten sind 6 kürzere oder längere Zeit nach der Operation gestorben.

Fall 1: A. B., 51 J.

Anamnese: Seit dem 20. Lebensjahr Magenbeschwerden, Schmerzen, Erbrechen, in letzter Zeit immer häufiger auftretend, bald oder einige Stunden nach Nahrungsaufnahme. Kein Erbrechen, wenn Pat. im Bett liegen bleibt.

Befund: Reduzierter Ernährungszustand; Druckempfindlichkeit im Hypogastrium, Magenplätschern. Säurewerte: 0 : 16, Sanguis im Stuhl +.

Rö.-Unt. Ptose, Ectasie, tiefster Magenpunkt über der Symphyse.

Operation wegen Ptose: Gastropexie nach Perthes. Bei der Operation imponiert der Pylor. als harter ringförmiger Wulst. Postoperative Pneumonie.

Verlauf: 6 bis 7 Wochen nach Entlassung aus der Klinik treten erneut Beschwerden auf, krampfartige Schmerzen, sehr häufiges Erbrechen: Speisereste vom vorhergehenden Tage. Obstipation; starke Abmagerung. Wiederaufnahme 16 Monate nach Entlassung. Befund im ganzen schlechter als vorher. Säurewerte 3 : 23. Kein Sa. im Stuhl. Rö.-Unt.: Hochgradige Ptose, flacher 5-Stunden-Rest. Anlegung eines Billroth II mit Murphyknopf. Bei der Op.: Flächenhafte Verwachsungen des Magens mit der Bauchwand und Leber. Bei Magenöffnung: Wulstförmiger Schleimhautring am Pylor., erhebliche Stenose verursachend. Postoperative Pneumonie. Exitus letalis 14 Tage nach Wiederaufnahme.

Der Fall 1 war vor dem ersten Eingriff als Gastroptose gedeutet. Op. nach Perthes hatte keinen Erfolg; nach dem Befund bei der Wiederaufnahme und dem Befund bei der zweiten Op. muß die Annahme einer primären Gastroptose aufgegeben werden. Es handelt sich nach der Untersuchung des Resektionspräparates um einen der seltenen Fälle von Pylorushypertrophie (Pylorospasmus ohne Ulcus) beim Erwachsenen, also um eine Entleerungsbehinderung des Magens. Der pos.

Blutbefund im Stuhl weist darüber hinaus auf eine bisher noch nicht erfaßte, von der Gastroptose jedenfalls ebenso zu trennende Beschwerdenursache hin.

Fall 2: A. St., 54 J.

Anamnese: Vor 3 Wochen plötzlich Erbrechen, das sich in den nächsten 2 Wochen häufig wiederholt. Erbrochenes sieht gallig grün aus, ist von bitterem Geschmack.

Befund: Blaß, schwächlich, Ernährungszustand leidlich. Rö.-Unt.: Ptotischer, ins kl. Becken hinabreichender Magen mit kl. 4-Stunden-Rest. Op.: Kein pathologischer Befund am Magen. Es bleibt bei Probelaparatomie wegen allgemeiner Enteroptose.

Verlauf: Pat. gebessert entlassen, ist 3 J. nach Op. an unbekannter Ursache gestorben.

Hochgradige Ptose kann nicht plötzlich entstehen; die Ptose ist also älter als 3 Wochen. Ursache der plötzlich einsetzenden Beschwerden muß wohl eine akute Gastritis sein, vielleicht zusammen mit einer Gallenblasenaffektion (Entleerungsverzögerungen, Restschatten bei Gallenblasenaffektion). Die Ptose ist hier nur ein Befund, nicht die Krankheitsursache.

Fall 3: R. H., 57 J.

Anamnese: Seit ½ Jahr Druckgefühl in der Magengegend. Durch Magenausheberung einige Tage Besserung, dann dieselben Beschwerden, Gewichtsabnahme.

Befund: Reduzierter Ernährungszustand, Druckempfindlichkeit im Epigastrium. Säurewerte: 0:6. Sa. im Magenausgeheberten pos. Rö.-Unt.: Leichte Ptose. Op.: Gastropexie nach P., Cholecystectomie (kirschgroßer Stein im Duct. cyst.). Nach Op. wird eine Lungenaffektion festgstellt: Dämpfung, Rasselgeräusche, Exsudat.

Verlauf: Pat. ist 3 Jahre nach Op. an Lungentuberkulose durch Lungenbluten gestorben.

Auch hier ist die Voraussetzung einer Gastroptose schwerlich aufrechtzuerhalten. Gerade die hier sicher vorliegende Gallenwegserkrankung (Stein im D. cyst.) erklärt zwanglos die Ptose als Begleitsymptom. Ist doch gerade die Cholelithiasis fast die häufigste Ursache nicht mechanischer Motilitäts- und Entleerungsstörungen des Magens. Aber auch die Lungenerkrankung mit Tbc.-Verdacht würde im Zweifelsfall konkurrierend als Ursache der gastrischen Symptome in Betracht gekommen sein, zumal der Verlauf den Tbc.-Verdacht bestätigte, und die Tuberkulose hier offenbar sehr bösartig war.

Fall 4: H. K., 38 J.

Anamnese: Seit Jahren hauptsächlich nach dem Essen Magenschmerzen; zweimal Bluterbrechen, Teerstuhl. Probelaparatomie ergab nichts. Mehrmalige Krankenhausbehandlung bewirkte vorübergehende Besserung. Nach neuer Op. keine Besserung.

Befund: Schlanke, zarte Pat., superacid, 49 : 90; Sa. im Magenausgeheberten und Stuhl pos. Rö.-Unt.: Magenfundus 1½ handbreit unter dem Nabel. Op.; bei Gastropexie nach P. erfolgt auch Lösung pericholecystitischer Verwachsungen.

Verlauf: Bei Wohlbefinden entlassen. 4 Wochen Erholungsurlaub, dann wird die alte Tätigkeit wieder aufgenommen. Pat. fühlt sich im allgemeinen wohl; ist durch Op. geheilt. Rö.-Unt.: 8 J. nach Op.: Guter Op.-Effekt; tiefster Magenpunkt in Nabelhöhe.

Fall 5: E. K., 27 J.

Anamnese: Vor 10 J. zweimal Bluterbrechen, seitdem nach dem Essen Beschwerden. Zeiten erträglichen Befindens wechseln mit solchen des Krankheitsgefühls.

Befund: Schlanke, schmächtige Pat. Druckschmerz oberhalb Nabel; superacid 41 : 72. Rö.-Unt.: Ptot.-atonischer Magen, bis zur Symphyse reichend. Kl. 4-Stunden-Rest. Op. Gastropexie n. P. Pat. wird in gutem Zustand entlassen.

Verlauf: Pat. übt die alte Tätigkeit aus; fühlt sich bis auf leichte Beschwerden wohl. Leichte Gewichtszunahme. Pat. ist durch Op. geheilt. Rö.-Nachunt.: 8 J. n. Op.: Op.-Effekt ist zufriedenstellend: tiefster Magenpunkt 2 Querfinger unter der Darmbeinkammverbindungslinie.

Fall 6: A. H., 40 J.

Anamnese: Vor 10 J. einmal starke Schmerzen, Erbrechen nach dem Essen, danach Besserung. Jetzt bestehen wieder große Schmerzen, Erbrechen nach dem Essen.

Befund: Druckschmerz im lk. Epigastrium. Säurewerte: 23 : 39. Rö.-Unt.: Außer der erheblichen Ptose ist kein pathol. Befund am Magen vorhanden. Op. Gastropexie n. P.; Pat. wird geheilt entlassen.

Verlauf: Antwort auf Fragebogen 9 J. n. Op.: 3 J. lang nach Op. ist Pat. voll arbeitsfähig, völlig geheilt. Dann treten nach Grippe und Lungenentzündung wieder Magenbeschwerden auf, mehrmals Bluterbrechen. Seitdem bestehen neben anderen Erkrankungen immer Magenbeschwerden.

Fall 7: E. Th., 24 J.

Anamnese: Seit 6 J. Magenbeschwerden, die zuletzt öfter und stärker auftreten. Schmerzen einige Zeit nach Essen, besonders heftig nach fester Nahrung. Obstipation.

Befund: Druckschmerz unter Proc. Xiph. Säurewerte 17 : 54. Rö.-Unt.: Magen stark ptotisch. 2 handbreit unter den Nabel reichend. Op. Gastropexie n. P.

Verlauf: ¾ J. nach Entlassung immer noch Beschwerden. Nüchternschmerz, Schmerzen nach dem Rücken ausstrahlend. Dann Besserung. Pat. verträgt alle Speisen außer schweren. 15 Kilo Gewichtszunahme. Pat. durch Op. geheilt. Rö.-Nachunt.: 7 J. n. Op.: der Op.-Effekt ist gut; tiefster Magenpunkt in Nabelhöhe.

Fall 8: H. P., 27 J.

Anamnese: Seit 5 J. Magenschmerzen, unabhängig vom Essen, auch nachts. Häufig Erbrechen. Nach Zeiten der Besserung treten die alten Beschwerden wieder auf. Gewichtsabnahme.

Befund: Druckschmerz in der Magengegend. Säurewerte 20 : 38. Rö.-Unt.: Unterer Magenpol 4 Querfinger unterm Nabel. Op. Gastropexie n. P.

Verlauf: ¾ J. lang nach Op. beschwerdefrei, dann alte Beschwerden, Schmerzen in Nabelgegend, nach dem Rücken ausstrahlend, unabhängig von der Nahrungsaufnahme und nachts. Die Schmerzen werden durch einen Schluck Wasser gemildert. Gelegentlich erfolgt Erbrechen, in den letzten drei Wochen vor Rö.-Nachunt. 4 bis 5 mal, gallig, bitterschmeckend. Kopfschmerzen Rö.-Nachunt.: 8 J. n. Op.: Starker Verdacht auf Ulcus duod., nach Art der Beschwerden sehr wahrscheinlich: Zielaufnahme zeigt Nische mit Radiärfaltenbildung; dieser entspricht bei Schirmpalpation größteDruckschmerzhaftigkeit. Röntgenologisch: Befund eines Ulc. duod.

Auch in diesen 5 Fällen (Fall 4 bis 8) kann die Gastroptose nur als Nebenbefund gewertet werden. Anamnestische Angaben wie Nacht- und Nüchternschmerzen, Erbrechen nach der Mahlzeit, Schmerzen besonders heftig nach grober Nahrung, dann aber auch Symptome wie Superacidität müssen den Verdacht eines vorhandenen Ulc. ventr. bzw. duod. erwecken. Kommt zu diesem Verdacht noch eine Anamnese über Bluterbrechen und Teerstuhl hinzu, so kann an der Diagnose Ulcus kaum noch gezweifelt werden. Auf Grund der Feststellungen aus den Krankenblättern, den Nachuntersuchungen und Angaben über das Spätschicksal kann als Ursache der Krankheit dieser 5 Patienten nur ein Ulcus angesehen werden. Auch der Teilerfolg in Fall 7 spricht bei der Problematik des Ulcus nicht dagegen. Die Diagnose „Gastroptosis" dürfte also zu Unrecht gestellt worden sein.

Für die beiden folgenden Fälle 9 und 10 muß die Gastroptose als alleinige Krankheitsursache ebenfalls abgelehnt werden. Bei Fall 9 E. M., 36 J. alt, weisen die Beschwerden: Häufige Entleerung eines dünnen Stuhles, Darmkoliken und Erbrechen im Schmerzanfall deutlich auf eine Bleiintoxikation

hin. Die Beschwerden traten auf, nachdem Pat. zwei Monate in einer Stanniolfabrik beschäftigt war. Nach Ausführung einer Gastropexie nach R o v s i n g hat Pat. immer beschwerdefrei gearbeitet.

Bei Fall 10 werden die etwa ½ J. bestehenden Beschwerden (besonders Nachtschmerz) nicht durch eine Gastroptose erklärt, sondern durch eine andere Ursache, deren Symptome Superacidität (Säurewerte 48 : 85), ptotisch-ektatischer Magen mit nicht sicherem 6-Std.-Rest, Megaduodenum, leichte Verengerung des Pylorusringes sind. Es wurde bei der Pat. eine Gastro-Enterostomie angelegt, die bei der Nachuntersuchung nach 11 Jahren noch tadellos funktioniert: keine Entleerungsschwierigkeiten wie vor Op., keine Beschwerden. Pat. ist durch Op. von einem Leiden geheilt, bei dem nicht so sehr die Gastroptose als vielmehr der übrige Befund als Ursache der Erkrankung ausschlaggebende Bedeutung hatte.

Fall 11: J. K., 21 J.

A n a m n e s e : Seit 3 J. Magenbeschwerden, Schmerzen, Erbrechen. Angeblich wurde röntgenologisch Magensenkung festgestellt. Pat. wurde elektrisiert. Vorübergehend Besserung, dann Verschlimmerung, Ausbleiben der Menses, starke Gewichtsabnahme, Obstipation, hochgradige Schwäche, sehr schwierige Ernährung.

B e f u n d : Hochgradig abgemagerte, kl. Pat., anaemisch. Druckschmerz im Epigastrium, Nabelgegend und linker Nierengegend; Säurewerte 6 : 16. Rö.-Unt.: Hochgradige Ptose; Dickdarm und S. roman. mit undurchsichtbaren Scybala angefüllt. Op. Gastropexie n. P. Nach der Op. bekommt Pat. blutige Durchfälle, verfällt, nimmt wenig Nahrung auf. Exitus letalis 1 Mon. nach Aufnahme in die Klinik. Vom Pathologen wird als Todesursache angegeben: Kachexie, Inanition.

Die Gastroptose, hier als Diagnose angegeben, ist nur als Ausdruck der Konstitutionsanomalie (Habitus asthenicus) anzusehen; deshalb kann auch die Deutung dieses Falles als eine Gastroptose kachexie (von R o v s i n g beschrieben) nicht befriedigen. Die Ursache der Krankheit muß in einem Prozeß im Magen-Darmkanal gesucht werden, der schon Jahre zurückreicht (s. Anam.). Das nach der Gastropexie aufgetretene Krankheitsbild allein betrachtet, ließe an einen postoperativen — allerdings atypischen — Durchfall denken, als Komplikation nach Magenoperationen, besonders Gastro-Enterostomien beschrieben. Dagegen spricht der negative Sektions-

befund (Fehlen einer haemorrhagisch-nekrotisierenden Entzündung der Darmschleimhaut). Das gleiche gilt für die Colitis chronica gravis, für die einige Symptome sprachen: schleichender Beginn, langwieriger Verlauf, diarrhoische Entleerungen von Blut, Schleim und Eiter, Schmerzen, Subacidität, fortschreitende Anaemie und Kachexie. Der schwere Verlauf der Krankheit und der Eintritt des Exitus weisen darauf hin, daß nicht eine Gastroptose oder eine Neurose allein (ähnliche Symptome wie hier bei Colica mucosa, die als Neurose angesehen wird,) das Leiden verursacht hat, sondern irgendeine schwere organische Erkrankung, die nicht festzustellen war.

Fall 12: E. Th., 30 J.

Anamnese: Vor 5 und 3 J. vorübergehend Magenschmerzen, in den Rücken ausstrahlend, Erbrechen. Vor 2 J. Gastropexie, gleichzeitig Entfernung rechtsseit. Adnexgeschwulst, Lösung von Verwachsungen. Nach der Operation vorübergehend Besserung. Vor 1 J. Appendectomie, Entfernung linksseitiger Ovarialzyste. Danach treten heftige Magenbeschwerden auf, zeitweise mit Erbrechen, zuletzt öfter schleimig-blutige Stühle, Abmagerung.

Befund: 2 J. nach Gastropexie: Stark reduzierter Ernährungszustand, Anaemie, Druckschmerz in der r. Bauchhälfte. Säurewerte 0 : 15. Rö.-Unt.: Atonisch-ptotischer Magen. 4-Stunden-Rest. Von einer neuen Operation wurde abgesehen, da eine funktionelle Komponente bei den Beschwerden als wahrscheinlich vorhanden angenommen wurde.

Verlauf: Zunehmender Verfall, Pat. kam 1 J. nach Entlassung aus der Klinik in einem anderen Krankenhause unter nicht klarer Diagnose an zunehmender Herzschwäche ad exitum.

Die Ptose und auch die geringe Widerstandsfähigkeit des Nervensystems (funktionelle Komponente) dürften hier Ausdruck der Konstitution sein. Die Beschwerden der Pat. sind größtenteils durch Ursachen erklärt, die die verschiedenen vorausgegangenen Operationen notwendig machten. Dazu kommen vielleicht Adhaesionsbeschwerden. Anamnestische Angaben könnten auf das Vorhandensein einer Colica mucosa bei der neurasthenischen Pat. schließen lassen. Die eigentliche Ursache der Krankheit und des Todes ist leider verborgen geblieben; aber auch hier muß eine schwere organische Erkrankung angenommen werden.

Fall 13: M. U., 53 J.

Anamnese: Seit 2 J. Völlegefühl, Brennen nach der Mahlzeit, nüchtern nur Uebelkeit. Gewichtsabnahme.

Befund: Säurewerte 80 : 120. Rö.-Unt.: Ptotischer Magen,

kleiner 4-Stunden-Rest. Op.: Gastropexie nach P.

Verlauf: Antwort auf den Fragebogen 5 J. n. Op.: 3 J. lang war das Befinden erträglich, dann traten die alten Beschwerden wieder auf; vom Arzt wird chron. Magenkatarrh festgestellt.

Das Ursächliche der Beschwerden scheint hier die Superacidität zu sein. Ptose und Superacidität können auf gemeinsamer nervöser Störung beruhen, sind jedenfalls nur 2 Symptome einer Erkrankung, die durch die Betonung der Form und Bewegungsstörung des Magens allein auf keinen Fall erfaßt wird. Bei Säurewerten von 80 : 120 bleibt der Verdacht auf ulc. duod. oder ventr., zumal unter Berücksichtigung der Beschwerden vor und nach der Op., außerordentlich groß. Sollte aber ein ulc. tatsächlich fehlen, so müßte die Erkrankung als schwere Gastritis oder wenigstens als ganz im Vordergrund stehende Secretionsstörung des Magens angesehen werden.

Fall 14: A. K., 49 J.

Anamnese: Bei 1. Klinikaufenthalt: Seit ¼ Jahr hat Pat. das Gefühl, als ob eine Kugel im Leib hin und her ginge, als ob der Leibesinhalt zu tief unten liege. Dieses Gefühl fehlt beim Liegen. Brennen in den Därmen, Obstipation.

Befund: Dünne schlaffe Bauchdecken, Gesamtacidität 42; Gastroptose. Op. Gastropexie, Pat. wird geheilt entlassen. 2. Klinikaufenthalt: 21 J. nach Gastropexie. 10 J. lang nach Op. beschwerdefrei, dann wieder die alten Beschwerden.

Befund: Alte, sehr magere, verbrauchte Pat. Diffuser Druckschmerz im Abdomen. Säurewerte 19 : 67. Rö.-Unt.: Magenfundus 3 Querfinger u. Nabel, normale Funktion. Operative Therapie kommt nicht mehr in Frage.

Verlauf: Pat. ist 1 oder 2 J. nach Entlassung, über 70 J. alt, gestorben.

Die Anamnese (Kugel im Leibe, Tiefliegen des Leibesinhaltes) ist charakteristisch für die von Landau beschriebene Form der Gastroptose, auch das Alter der Pat. (Konstitutionelle Form vorwiegend bei jüngeren Individuen). Die 10 J. nach Op. wieder aufgetretenen Beschwerden sind wahrscheinlich wie vor der Op. Zerrungs- und Dehnungsschmerzen, da eine Ptose wieder eingetreten ist. Dazu kommt leichte Superacidität. Hier ist die Diagnose Gastroptose vielleicht mit Recht gestellt worden oder wenigstens diskutabel. Ein Zusammenhang zwischen der Gastroptose und der Todesursache besteht wohl kaum.

Die übrigen 8 operierten Fälle, Fall 15 bis 22, unterschieden sich von den bisher beschriebenen dadurch, daß sie keinerlei Anhaltspunkte für irgendein organisches Leiden boten. Anamnestisch wurden hier unbestimmte Angaben gemacht über von der Nahrungsaufnahme unabhängige Schmerzen, bei einigen Patienten Gewichtsabnahme und Erbrechen, selten oder auch häufiger auftretend, daneben Klagen über Uebelkeit nach dem Essen und unregelmäßigen Stuhlgang. Als Befund war in allen 8 Fällen nur Gastroptose, in 2 Fällen durch Hypotonie kompliziert, und abnorme Secretionsverhältnisse (Subacidität 4 mal, Superacidität 1 mal) festzustellen. Es handelte sich meistens um schwächliche, zartgebaute Patienten (in einigen Krankengeschichten wird Habitus asthenicus angegeben). Man darf die Ptose in diesen Fällen als Ausdruck der Konstitution ansehen. Ob aber die Beschwerden allein von der Ptose herrühren, ist zu mindestens sehr fraglich, sie sind ebenso wahrscheinlich mehr neurasthenischer Natur. Den Anlaß dazu, die Ptose als Krankheitsursache in diesen Fällen so in Frage zu stellen, gibt der weiter unten wiedergegebene Verlauf, der zeigt, daß ein Parallelismus zwischen Heilungserfolg oder weiter bestehenden Beschwerden und den Lageverhältnissen des Magens oft nicht besteht. Und unter den Beschwerden kann z. B. das Erbrechen, wenn es nur ab und zu auftritt, als ein nervöses Symptom bei schweren nervösen Störungen aufgefaßt werden, wohl kaum aber dort, wo es häufig auftritt; ähnliches gilt für den Fall mit Superacidität. Es bleiben immer noch Zweifel bestehen, ob diese Fälle nicht besser in die Gruppe mit organischer Erkrankung gehören, und es muß überhaupt die Frage offen gelassen werden, ob nicht bei den meisten Fällen, die man als konstitutionell durch verminderte Widerstandsfähigkeit ihres Nervensystems stigmatisiert ansieht, doch noch irgendwo eine organische Erkrankung verborgen geblieben ist.

In den 8 Fällen wurde 1 Probelaparatomie und 7 Gastropexien (6 nach dem Modus von P e r t h e s) ausgeführt; der Erfolg der Operation scheint von der mehr oder minder vorhandenen Widerstandsfähigkeit des Nervensystems abhängig zu sein.

Die Fälle 15 bis 17 (anamnestisch nur unbestimmte Magenbeschwerden) sind durch die Op., die 3, 9 und 10 J. zurückliegt, völlig geheilt, Fall 16 interessanterweise durch die Pl.

allein. Der Effekt der Gastropexie bei Fall 15, vor 3 J. operiert, war bei der röntgenologischen Nachuntersuchung durchaus befriedigend. Die Fälle 18 bis 20 hat die Op. nur gebessert (2 davon häufig bzw. zeitweilig Erbrechen). Fall 18 (jahrelang schon Magenbeschwerden, Superacidität 30 : 75, Ptose, Hypotonie des Magens) zeigte bei einer bald nach der Op. vorgenommenen Röntgendurchleuchtung, daß die Gastropexie erfolglos war, der Magen machte den gleichen ptotisch-atonischen Eindruck, wie vor der Op.; 2 J. nach Op. bei der Nachuntersuchung der gleiche Befund, obwohl Pat. sich durch die Op. wesentlich gebessert fühlt. Bei den Fällen 21 und 22 hat die Op., die 5 und 8 J. zurückliegt, die Beschwerden nicht behoben, bei Fall 22 nur für 3 J., hier war der Op.-Effekt gleich Null. Nachuntersuchung nach 4 J. ergab die gleiche Ptose wie vor der Op. Das Gegenteil von Fall 18 zeigt Fall 21: ausreichender Op.-Effekt bei den Nachuntersuchungen 1 und 5 J. nach Op. und trotzdem immer noch dieselben unbestimmten Beschwerden; ein neuer Befund ist nicht hinzugekommen.

	Diagnose	Erfolg	Op.-Mod.	J. seit Op.
3	ulcus	geheilt	Gastropex.	7 u. 8 J.
1	Bleiintox.	geheilt	Gastropex.	9 J.
1	Megaduod., 1. Pyl.-Sten.	geheilt	Gastr.-Ent.	11 J.
3	konstit. Pt.	geheilt	2 Gastropex., 1 Pl.	3, 9 u. 10 J.
3	konstit. Pt.	gebessert	Gastropex.	1, 2 u. 6 J.
2	ulcus	vorüberg. geh.	Gastropex.	7 u. 9 J.
1	Superacid.	vorüberg. geh.	Gastropex.	5 J.
2	konstit. Pt.	nicht geh.	Gastropex.	5 u. 8 J.
1	Pyl. Sten.	gestorben	Gastropex. n. 16 Mon. Billr. II	16 Mon. nach Gastropex.
1	Gastro-enteritis	gestorben	Probelap.	3 J. n. Op.
1	Lungentbc.	gestorben	Gastropex.	3 J. n. Op.
2	unbek. org. Erkrankung	gestorben	Gastropex.	1 Mon. u. 1 J. nach Op.
1	Ptose	gestorben	Gastropex.	etwa 21 J. n. Op.

Was im Beginn der Ausführungen angedeutet wurde, muß jetzt auf Grund der Kenntnis des Verlaufs und auf Grund von Nachuntersuchungen bestätigt werden: in mehr als der Hälfte der operierten Fälle kann die Diagnose „Gastroptose" als Krankheitsursache nicht als richtig angesehen werden. Schon bei der Aufnahme in die Klinik lenkten in einigen Fällen Anamnese und Befund (z. B. Nüchternschmerz, Bluterbrechen, Superacidität) den Verdacht auf eine organische Erkrankung. Wenn trotzdem die Diagnose „Gastroptosis" gestellt wurde, so war sie, da ganz sichere Symtome eines bestimmten organischen Leidens damals fehlten, eben nichts weiter als eine Verlegenheitsdiagnose. Kenntnis der Krankengeschichten, des Verlaufs und dann auch der Befund bei einigen Nachuntersuchungen legen die Annahme nahe, daß bei 13 von den 22 operierten Gastroptosepatienten mit großer Wahrscheinlichkeit die bei Aufnahme in die Klinik angegebenen Beschwerden von einer anderweitigen organischen Erkrankung herrührten.

Organische Erkrankung der 13 Fälle:

1 Pyl.-Stenose
5 ulcus ventr. bzw. duod.
1 Bleiintoxikation
1 Megaduod., leichte Pyl.-Sten.
1 Gastroenteritis
1 Lungentbc., Cholelithiasis
1 Superacidität (ulc.?, Neurose?)
2 unbekanntes organ. Leiden.

13

Bei 5 Fällen muß heute ulcus ventr. bzw. duod. diagnostiziert werden. Der Literatur nach bestehen Beziehungen zwischen Ptose und Ulcus. Nach S t r a u ß ist jede Ptose ein Zustand, dessen Vorhandensein ein ulceröses Magenleiden als wahrscheinlich vermuten läßt. Nach S t i l l e r ist Habitus asthenicus für ulcus ventr. praedisponiert. Aus dieser Erfahrung heraus mag der Begriff „Ulcustyp" geprägt worden sein. Zu Zweifeln an der Diagnose „Gastroptosis" bei diesen Fällen berechtigten deutliche Ulcusbeschwerden: Schmerzen nach Nahrungsaufnahme (besonders bei gröberer Nahrung), Nüchternschmerz, Druckschmerz an bestimmter Stelle, Uebelkeit, Erbrechen. Häufig bei Ulcus anzutreffen ist Superacidität (hier bei Fall 4 und 5). Fehlen von Superacidität spricht jedoch nicht

gegen Ulcus. Der Wechsel von Zeiten mit starken Beschwerden und Zeiten relativen Wohlbefindens bei Ulcus ist bekannt. Magenblutungen bei Gastroptose sollen vorkommen, (Perthes, Rovsing) müssen aber außerordentlich selten sein, und die Mitteilungen darüber stammen wohl sämtlich aus einer Zeit, in der die moderne Röntgendiagnostik des Duodenalgeschwürs noch fehlte. Wie sehr diese (und um wieviel mehr als die chirurgische Erfahrung bei Laparatomien allein) die Ansichten über die Häufigkeit geändert hat, ist ja bekannt, ebenso auch wie stark der Ausbau der Röntgendiagnostik die früher so häufigen Diagnosen Ptose und Periduodenitis oder Perigastritis eingeschränkt, ja in manchen chirurgischen Kliniken und auch in der Literatur fast zum Verschwinden gebracht hat. 3 und 5 ulcusverdächtige Fälle geben Bluterbrechen an. Das Ulcus, das schon als Ursache der anderen Erscheinungen vermutet wurde, ist sicher auch Ursache des Bluterbrechens, nicht ein anderer Prozeß (etwa Ca, Oesophagusvaricen, Magenpolypen). Nachweis von okkultem Blut im Stuhl spricht nicht für Gastroptose, wohl aber für Ulcus. (Okkultes Blut im Stuhl bei entzündlich-ulcerösen Prozessen im Magendarmkanal). Daß aber auch bei Bluterbrechen, allein schon bei Nüchtern- und Nachtschmerz ein Ulcus mit großer Wahrscheinlichkeit als vorhanden angesehen werden kann, beweist folgender in der Breslauer Klinik beobachteter Fall, der das, was oben über die Bedeuung der modernen Röntgentechnik für die Richtigstellung der Ptose als Krankheit gesagt ist, praktisch belegt:

K. W., 21 J.

Anamnese: Seit 8 Wochen Magenschmerzen, etwa ½ Stunde nach der Mahlzeit auftretend, Nüchternschmerz.

Befund: Wenig kräftiger Mann in reduziertem Ernährungszustand. Druckschmerz in der Gegend des bulbus duod. Säurewerte 22 : 55. Sanguis im Stuhl pos. Haemoglobingehalt des Blutes 55%. Rö.-Unt. Gastrectasie, Gastroptose.

Bei der Zielaufnahme: unregelmäßige Kanalfüllung des Magenschattens praepylorisch, in deren dünnem Schattenbande ein erbsengroßer Schattenfleck mit angedeuteter Radiärfaltenbildung liegt. Bei Op. ergibt sich ein etwa 10 Pfennigstück großes, ins Pankreas penetrierendes ulcus ventr.

Die Diagnose „ulcus ventr." konnte erst durch die Zielaufnahme mit Sicherheit gestellt werden, während die einfache Durchleuchtung, wie sie früher allein angewandt wurde, nur Gastroptose und Gastrectasie ergab.

Aehnlich war es in den anderen Fällen. Kenntnis der Anamnese und Kenntnis des Krankheitsverlaufes zwingen zur Revision der Diagnose „Gastroptose".

Nur in einem unter 22 Fällen trifft die Diagnose „Gastroptose" uneingeschränkt zu (Fall 14). Hier waren die Beschwerden auch nicht so schwer wie bei den eben beschriebenen Fällen, sodaß an eine eigentliche organische Erkrankung auch garnicht zu denken war.

Bei 13 Fällen ist durch eine kritische Betrachtung der Angaben in den Krankengeschichten ,des Spätschicksals und einiger Nachuntersuchungen als Ursache der Beschwerden eine organische Erkrankung deutlich, in einigen Fällen aber zum mindesten wahrscheinlich geworden, und in den übrigen 8 Fällen hat sicher mehr als die Ptose die nervöse Ueberempfindlichkeit Schuld an den geäußerten Beschwerden.

Denn die Ptose ist hier nicht mechanisch — als motorische Insuffizienz etwa — Ursache der Beschwerden. Hier handelt es sich um Beschwerden, die kaum durch die morphologische Formanomalie und Lage des Magens bedingt sein können, sondern vielmehr in funktionellen, neurotischen Ursachen gesucht werden müssen. Sie sind der Ptose beigeordnet, vielleicht sogar übergeordnet, derart, daß die stärkere Ptose eines Magens eben nur Ausdruck einer bestimmten Verfassung, der Ausdruck einer funktionellen Störung ist, die wechselvolle Beschwerden während der normalen Magenarbeit, besonders aber bei Einwirkung sensibler Reize auslöst.

Ein Gesamtüberblick über den Erfolg der operativen Behandlung ergibt folgendes Bild:

		org. Leiden	konstit. Ptose	Ptose
8	geheilt	5	3	
3	gebessert		3	
3	vorübergeh. geheilt	3		
2	nicht geheilt		2	
6	gestorben	5		1

11 geheilte bzw. gebesserte Fälle stehen den übrigen Fällen gegenüber, die nur vorübergehend oder nicht geheilt bzw. gestorben sind. Aber den einzigen reinen Ptosefall (Fall 14) darf man zu den günstig beeinflußten Fällen hinzuzählen, denn erst

10 J. nach Op. setzten wieder leichte, erträgliche Beschwerden ein. Es ergibt sich das wenig gute Resultat, daß nur etwa bei der Hälfte der operativ behandelten Fälle ein Erfolg erreicht worden ist.

Interessieren muß der Einfluß der Operation (Operationsmodus) auf das angegebene Leiden der Patienten: 1. derjenigen mit, 2. der ohne organische Erkrankung.

1. Bei den 5 Fällen (Fall 4 bis 8), die nach der heutigen Epikrise als verkannte ulcera ventr. bzw. duod. angesehen werden müssen, wurde die Gastropexie nach Perthes ausgeführt. 3 Fälle (Fall 4, 5 und 7) sind durch die Op. dauernd geheilt (Op. vor 7 und 8 J.), bei 2 Fällen (Fall 6 und 8) haben sich die Beschwerden in unveränderter Form nach vorübergehender Besserung wieder eingestellt; bei einem dieser beiden Fälle (Fall 8) konnte 3 J. nach Op. röntgenologisch eine Nische nachgewiesen werden. Bemerkenswert dabei ist die Heilung des Ulcus in 3 Fällen durch eine Gastropexie allein, eine Beobachtung, die auch von Probelaparatomien her bekannt ist.

Der Fall 9, der heute als Bleiintoxikation anzusehen ist, ist völlig geheilt (9 J. seit Op.). Es ist leider unbekannt geblieben, ob die Heilung auf den Einfluß der Operation oder aber auf eine Milieuänderung zurückzuführen ist. Die bei Fall 10 wegen leichter Pyl.-Stenose, Megaduodenum, Superacidität angelegte Gastroenterostomie bewirkte eine völlige Heilung. Der Op.-Effekt ist bei der Nachuntersuchung nach 11 J. noch tadellos. Bei Fall 13 hatte eine Gastropexie nur vorübergehend einen günstigen Einfluß auf die durch die Superacidität (Säurewerte 80 : 120) verursachte Gastritis und ihre Beschwerden. Sieht man die Superacidität hier als selbständiges Leiden an, so wird man auch nicht erwarten, daß eine Gastropexie einen erheblichen Einfluß auf die Secretionsanomalie ausüben könnte; anders wäre es bei Superacidität als Ulcussymptom. (Vergl. oben). 5 Fälle, bei denen man ein anderweitiges organisches Leiden annehmen muß, sind kürzere oder längere Zeit nach der Op. gestorben. Bei 4 Fällen wurde eine Gastropexie ausgeführt: es starben 3 Fälle (Fall 11, 1, 12) 1 Mon., 1¼ und 3 J. nach Op.; die Op. war ohne Einfluß auf die Beschwerden und das organische Leiden dieser Patienten geblieben. Der 4. Fall (Fall 3) starb 3 J. nach Op. an Lungenbluten. Leider blieb unbekannt, ob die Beschwerden nach der Op. schwan-

den. Bei dem 5. Falle (Fall 2) wurde nur eine Probelaparatomie ausgeführt. Pat. starb 3 J. nach Op. Es blieb unbekannt, ob die Pl. die Gastritis zu heilen vermochte, desgl. auch, ob zwischen der Gastritis und der Todesursache ein Zusammenhang bestand.

2. Bei den 8 Fällen ohne organische Erkrankung, bei denen als wesentlicher, krankmachender Faktor weniger die Ptose als vielmehr die durch eine allgemeine, nervöse Ueberempfindlichkeit gegebene Krankheitsbereitschaft anzusehen ist, wurde 7 mal eine Gastropexie und 1 mal eine Probelaparatomie ausgeführt. Es wurden durch die Gastropexie:

2 Fälle geheilt
3 Fälle gebessert
2 Fälle nicht geheilt

durch die P.-L. 1 Fall geheilt.

Interessant ist, daß die Operationserfolge mit zunehmenden Beschwerden immer schlechter werden: bei den völlig geheilten Fällen waren anamnestisch nur unbestimmte Magenschmerzen vorhanden, bei den gebesserten Magenschmerzen und Erbrechen, bei den nicht geheilten eine Unmenge von verschiedenen Beschwerden. Daß die Ptose bei diesen 8 Fällen nebensächliche Bedeutung hat und das Neurotische der wesentliche Faktor ist, darauf weist auch die Unberechenbarkeit der Resultate hin: Fall 16 wird durch die Pl. völlig geheilt (9 J. seit Op.); Fall 18 wird durch die Op. gebessert, obwohl die Röntgendurchleuchtungen kurze Zeit und 2 J. nach Op. keinen Op.-Effekt feststellen lassen. Der Magen ist ebenso ptotisch-atonisch wie vor der Op.; Fall 21 ist durch die Op. nicht geheilt, obwohl bei den Nachuntersuchungen 1 und 5 J. nach Op. ein ausreichender Op.-Effekt festgestellt wird. Es scheint also weniger auf die Wirkung eines speziellen Operationsmodus auf den Magen selber als auf den suggestiven Einfluß des Eingriffs überhaupt anzukommen.

Den rein mechanischen Einfluß der Gastropexie auf die Ptose zeigen die Nachuntersuchungen der 11 von 22 Fällen. Die Op. liegt 1 bis 21 J. zurück. In 6 Fällen war der Op.-Effekt ausreichend, davon hatten:

4 Fälle ein org. Leiden (3 geheilt, 1 vorüberg. geh.)
2 Fälle eine konstit. Pt. (1 geheilt, 1 nicht geheilt)

In 5 Fällen wurde bei der Nachuntersuchung wieder eine Ptose festgestellt, davon hatten:

2 Fälle ein org. Leiden (gestorben)
2 Fälle eine konstit. Pt. (1 gebessert, 1 nicht geheilt)
1 Fall eine Ptose (gestorben).

Ueber den Zeitpunkt des erneuten Auftretens der Ptose bei den objektiv unbeeinflußten Fällen etwas aus dem Wiederauftreten subjektiver Beschwerden bei einigen dieser Patienten zu schließen, ist deshalb vergebliches Bemühen, weil bereits an Beispielen belegt wurde, wie wenig ein Parallelismus zwischen objektivem Röntgenbefund und subjektiven Beschwerden besteht.

Man darf wohl annehmen, daß der Tiefstand des Magens sich in sehr kurzer Zeit wieder einstellt. In einem Falle, den wir eine Woche nach der Gastropexie nachzuuntersuchen Gelegenheit hatten, war trotz der Angaben über große subjektive Erleichterung an der Ptose gegenüber der Aufnahme vor der Op. praktisch nichts geändert.

Interessieren muß auch das Verhalten der Fälle mit anormalen Säureverhältnissen des Magensaftes, die sich symptomatisch bei den verschiedensten Reizzuständen des Magens (Gastritis, Ulcus, Ca) vorfinden, aber auch selbständig als Ausdruck einer Neurose vorkommen können. Unter den 22 operierten Fällen fand sich 9 mal Subacidität, 4 mal Superacidität. Von den 9 Fällen mit Subacidität sind:

3 geheilt
1 gebessert
1 nicht geheilt
4 gestorben.

von denen mit Superacidität sind:

3 geheilt
1 vorübergehend geheilt.

An den 22 wegen „Gastroposis" operierten Fällen konnte gezeigt werden, 1. daß sich hinter den angegebenen Beschwerden in 13 Fällen ein organisches Leiden verbarg, die Diagnose „Gastroptosis" also eine Fehldiagnose darstellte, 2. daß nur bei der Hälfte der Fälle eine Heilung des Leidens durch die Operation erreicht wurde (geheilt, gebessert), die andere Hälfte nur vorübergehend oder garnicht günstig beeinflußt wurde (6 davon gestorben), und daß sich Erfolge und Mißerfolge gleichmäßig auf Fälle verteilen, in denen Gastropexie bei epikritischer Betrachtung indiziert oder nicht indiziert war. Daß auch bei den vermeintlich indizierten Ptoseoperationen noch man-

cher Fall sicher ohne genügende therapeutische Versuche in anderer Richtung einer Op. unterworfen wurde, oft schon bei Beschwerden, die erst einige Wochen bestanden, muß hier erwähnt werden. Die wechselhaften Erfolge sind daher nicht wunderbar.

Auf der anderen Seite zeigen die zeitweisen Erfolge einiger bei später gesichertem Ulcus vorgenommenen Pexien, daß man aus einem günstigen Resultate einer Abdominaloperation wohl niemals auf Wesen und Ursache vorher bestehender Beschwerden oder Erkrankungen rückschließen kann. Denn speziell beim Ulcus, aber auch bei rein funktionellen Zuständen am Magen und Darm scheinen nach vielen Erfahrungen recht unspezifische Umstimmungsvorgänge vorzukommen.

3. Es konnte außerdem gezeigt werden, daß die eigentliche Ptoseoperation, die Gastropexie, bei 5 von 11 Fällen röntgenologisch einen Mißerfolg ergeben hat. Die Form- und Lageabweichung des Magens im Röntgenbild, die, — als Krankheit „Gastroptose" aufgefaßt — den Anlaß zur Op. gegeben hatte, bestand bei der Spätkontrolle in 5 von 11 nachuntersuchten Fällen in unverminderter Weise weiter. Auch hier fehlt der Parallelismus zwischen objektivem Erfolg und Mißerfolg auf der einen und subjektiver Beeinflussung der Beschwerden auf der anderen Seite.

Die Betrachtung der operierten Fälle ermöglicht wohl schon eine Kritik an dem Wert der Gastroptoseoperation. Aber diese Kritik der Leistung der Operation wird erst vollständig, wenn den Spätschicksalen der oben beschriebenen Patienten die Schicksale derer gegenübergestellt werden, bei denen die Erkrankung zwar auch als selbständige Gastroptose aufgefaßt, eine operative Beseitigung dieser Lageabweichung aber nicht vorgenommen wurde.

Es wurden 22 Fälle von Gastroptose in der Breslauer Klinik konservativ behandelt; aber nur von 15 Fällen ist das Spätschicksal bekannt geworden.

Auch hier verhält es sich ähnlich, wie bei den operierten Fällen. Die früher aufgestellte Diagnose „Gastroptose" kann in einigen Fällen nicht mehr aufrecht erhalten werden. Bei den Fällen 1 bis 5 muß heute als Ursache der Beschwerden eine organische Erkrankung angenommen werden. Es hat sich offenbar um Fälle von Gastroenteritis, Cholelithiasis, ulc. ventr. oder ähnlichem gehandelt. Charakteristische Symptome

waren in den 5 Fällen vorhanden. 3 Patienten sind heute nach 5, 9 und 11 J. frei von ihrem früheren Leiden, ein Fall ist gebessert, ein Fall nicht geheilt.

4 Fälle (Fall 6 bis 9) hatten Beschwerden, als deren alleinige Ursache die Gastroptose angesehen werden kann, eine Gastroptose von dem Typus Landau, im Gegensatz zur konstitutionellen Form. Die Beschwerden bei diesen 4 Fällen bestanden in erträglichen, von der Nahrungsaufnahme unabhängigen Magenschmerzen, Uebelkeit, Völlegefühl, Aufstoßen, Appetitlosigkeit, Schmerzen nach schwerem Heben, nach zu vielem Essen, bei Arbeiten in gebückter Haltung. Die Beschwerden waren erst jenseits des 35. Lebensjahres aufgetreten; die Ptose war erheblich (Magen tief ins kleine Becken hinabreichend). In einem Falle bestand eine Kyphoskoliose, (die als Ursache mechanischer Lageveränderungen innerhalb des Bauchraumes wohl auch berücksichtigt werden muß).

Von diesen 4 Gastroptosefällen haben 2 Fälle die Beschwerden völlig verloren; 1 Fall war 7 J. lang beschwerdefrei und wurde erst in den letzten 2 Jahren wieder kränklich, der Grund dafür dürfte in dem hohen Alter der Pat. (69 J.) liegen; 1 Fall ist nicht geheilt.

Eine letzte Gruppe bilden die Fälle 10 bis 15, bei denen die Mannigfaltigkeit der Beschwerden, die nichts charakteristisches zeigten, auffiel. Die überall vorhandene Gastroptose war verschieden in ihrem Ausmaße. 3 Fälle gehörten nach Angabe der Krankengeschichten zum Habitus asthenicus. Neben der Ptose, hier hauptsächlich als Aeußerung einer Konstitutionsanomalie anzusehen, fanden sich auch noch andere Zeichen konstitutioneller Gewebsschlaffheit: Rectusdiastase, Hernien.

Die Fälle 10 bis 15 hatten folgendes Spätschicksal: 2 Fälle wurden geheilt (der eine Fall erst nach Beseitigung von Gallensteinbeschwerden, die nach Entlassung aus der Klinik auftraten); 1 Fall wurde gebessert; 3 Fälle sind nicht geheilt.

Gemeinsam ist etwas allen 6 Fällen: sie sind nicht voll arbeitsfähig, sie müssen Rücksicht nehmen auf die Empfindlichkeit ihres Magens: Vermeiden schwer verdaulicher Speisen und Ueberfüllung des Magens, Vermeiden aller körperlichen Anstrengungen.

In diesen 6 Fällen ist zwar die Gastroptose der einzige, hervortretende Befund, man wird aber trotzdem die Beschwer-

den der Kranken nicht mit dieser Lageveränderung allein erklären können. Schon das Auftreten von Cholelithiasis in zwei Fällen längere Zeit nach Entlassung aus der Klinik, die man doch mit den früheren Magenbeschwerden in Verbindung bringen muß, weist darauf hin, daß sich hier schon während des Klinikaufenthaltes krankhafte Prozesse abgespielt haben können, die sich aber damals der Diagnose entzogen haben. Aber auch hier ist eine allgemeine nervöse Uebererregbarkeit der Patienten, eine neurasthenische Komponente zu berücksichtigen. Es handelt sich um diagnostisch unklare Fälle, bei denen der vorhandenen Gastroptose nur eine untergeordnete Rolle beigemessen werden kann.

	Diagnose	Erfolg	Entl. vor J.?
3	org. Leiden	geheilt	5, 9, 11 J.
2	Ptose	geheilt	7 u. 6 J.
2	unkl. Fälle	geheilt	12 u. 3 J.
1	org. Leiden	gebessert	5 J.
1	Ptose	gebessert	9 J.
1	unkl. Fall	gebessert	8 J.
1	org. Leiden	nicht geheilt	6 J.
1	Ptose	nicht geheilt	17 J.
3	unkl. Fälle	nicht geheilt	4, 4, 3 J.

Während bei den Fällen 1 bis 5 die frühere Diagnose „Gastroptose“ nicht bestehen bleiben kann, und als Krankheitsursache ein organisches Leiden angenommen werden muß, kann bei den folgenden 4 Fällen (Fall 6 bis 9) auch heute noch auf Grund der Kenntnis des Spätschicksals die Diagnose „Gastroptose“ beibehalten werden. Die im wesentlichen als Beschwerden angegebenen ziehenden Schmerzen (unangenehmes Schmerzgefühl im Leib) sind wohl im Sinne der Landauschen Form der Gastroptose als Zerrungsschmerzen anzusehen, ausgelöst durch Zug des sehr beweglichen, ptotischen Magens und Reizung der in dem Aufhängeapparat des Magens verlaufenden sensiblen Nerven. Mit der Beseitigung des Reizes schwinden auch viele Schmerzen: Beispiel dafür ist Fall 6, der während einer Gravidität beschwerdefrei war, während nach der Entbindung die alten Beschwerden wieder auftraten. Das Auftreten der Beschwerden jenseits des 35. Lebensjahres

spricht neben der Berücksichtigung aller übrigen Angaben nur für die Ptose allein, und zwar für die Landau'sche Form, während die konstitutionelle Form mehr im früheren Lebensalter Beschwerden macht.

Die übrigen 6 Fälle (Fall 10 bis 15) sind diagnostisch unklar. Sicher spielt da eine allgemeine nervöse Uebererregbarkeit eine Rolle, die wie die Ptose konstitutionell begründet sein mag. Ptose als Ausdruck einer bestimmten Konstitution ist sicher sehr häufig ohne jedes Krankheitsgefühl vorhanden. Aber es kann sich einstellen, wenn gewöhnlich vorübergehende Beschwerden bei einem Versagen gegenüber äußeren Anforderungen durch die nervöse Ueberregbarkeit fixiert werden. (Neurosebereitschaft, ebenfalls konstitutionell begründet, ist in solchen Fällen fast immer vorhanden. — K a t s c h —). Solche äußeren Anlässe wurde in einigen Fällen angegeben. Daß beim Zustandekommen der Krankheit in diesen Fällen sich nervöse, neurasthenische Momente beteiligt haben können, wird man annehmen dürfen. Aber der Umstand, daß in dem Spätschicksal zweier Patienten sich Cholelithiasis findet, die man mit den früheren Magenbeschwerden wohl in Zusammenhang bringen kann, macht größere Skepsis in dieser Hinsicht notwendig; es kann in den anderen 4 Fällen ebensogut auch ein organischer Prozeß vorgelegen haben, der sich eben wegen der dafür noch nicht ausreichenden Untersuchungsmethoden der Diagnose entzogen hat.

Eine Aenderung der früheren Diagnose „Gastroptose" bei den 15 konservativ behandelten Fällen dürfte heute nach Kenntnis des Verlaufs in folgender Weise angebracht sein:

Es bestand bei 5 Fällen eine org. Erkrankung
4 Fällen eine Gastroptose
6 Fällen eine Neurose als Kern d. Erkrankung

Von den 15 konservativ behandelten Fällen wurden nur 3 nachuntersucht:

Fall 1: org. Erkrankung	geheilt	röntg. keine
Fall 6: Ptose	geheilt	Ptose mehr.
Fall 5: org. Erkrankung	nicht geheilt.	

Auch hier fällt dasselbe auf, was schon bei den operierten Fällen gezeigt wurde: es besteht kein Zusammenhang zwischen Ptose und Beschwerden.

Nachdem die wegen „Gastroptose" operativ und konservativ behandelten Fälle im Vorausgegangenen epikritisch

betrachtet wurden, soll im Folgenden eine Zusammenfassung gegeben werden.

Operative Therapie hatte guten Erfolg in 11 Fällen, keinen oder geringen Erfolg in 11 Fällen.

Die konservative Therapie hatte guten Erfolg in 10 Fällen, keinen Erfolg in 5 Fällen. Das zahlenmäßig schlechtere therapeutische Resultat der operativ behandelten Fälle kommt dadurch zustande, daß 13 Fälle mit einem organischen Leiden operiert wurden, von denen 8 einen schlechten Verlauf nahmen. Der Verlauf bei den übrigen 9 operierten Fällen ohne org. Leiden entspricht etwa dem der konservativ behandelten Fälle.

Das günstigere Resultat der operierten Fälle, bei denen epikritisch die nervöse Komponente als vorherrschend bei der Erkrankung angesehen werden mußte, ist wohl dahin auszulegen, daß die Operation als wirksames Erlebnis neurasthenische Patienten eher günstig beeinflussen kann, als eine konservative Therapie. Gerade diese Tatsache, der günstige Einfluß der Operation bei nervös übererregbaren Patienten, — die sich hier zahlenmäßig zu Gunsten der operierten Fälle auswirkt —, zwingt dazu, dem Wert und der Berechtigung der Gastropexie auch bei den Fällen noch skeptisch gegenüberzustehen, bei denen man eine wirkliche, isolierte Gastroptose als vorwiegende Quelle der Beschwerden anzunehmen geneigt ist. Denn auch bei solchen Fällen ist es noch fraglich, — auch wenn sie durch die Operation günstig beeinflußt wurden —, ob die operative Lageveränderung wirklich immer eine kausale Therapie gewesen ist.

Die Dauer der Anamnese war insofern nicht bedeutungslos, als man hauptsächlich Fälle mit einer längere Zeit zurückreichenden Anamnese operiert hat, solche mit kürzerer Anamnese dagegen nur bei wirklich schweren Symptomen.

Zusammenfassung.

Durch die Untersuchung der 37 Fälle, die unter der Diagnose „Gastroptose" gingen, hat sich fast bei der Hälfte (18 Fälle) eine organische Erkrankung feststellen lassen, d. h. die frühere Diagnose muß nach unseren heutigen Kenntnissen eine Fehldiagnose genannt werden. Es bleiben noch 19 Fälle; von diesen können 5 als reine Gastroptosefälle angesehen

werden, während die übrigen 14 auch jetzt noch unklar sind. Diese letzteren — bei denen „Gastroptose" wohl nur eine Verlegenheitsdiagnose ist —, zeichnen sich alle durch eine viscerale Uebererregbarkeit aus; aber auch bei ihnen darf man eine organische Erkrankung nicht ausschließen, sondern muß sie sogar, wie gezeigt, teilweise als wahrscheinlich vorhanden annehmen.

Am häufigsten kommen ulceröse Prozeße am Magen und Duodenum vor, daneben dominiert als sich dem Nachweis leichter entziehende Erkrankung vor allem Cholelithiasis und Cholecystitis. Auch bei manchen unklaren Fällen waren Symptome vorhanden, die in diese Richtung deuten.

Aus diesen Feststellungen ergibt sich die Notwendigkeit, die Diagnose „Gastroptose" nur nach eingehendster Untersuchung mit allen zu Gebote stehenden Methoden und nach Ausschluß jeden organischen Leidens zu stellen, und in der Gastroptose zunächst immer nur ein Nebensymptom und nicht eine selbständige Erkrankung zu sehen.

Es darf dabei nicht übersehen werden, daß der ptotische Magen überhaupt zu einem bestimmten Konstitutionstyp gehört und bei diesem sehr häufig auch ohne die geringsten abdominalen Symptome bei der Röntgenuntersuchung nachgewiesen werden kann. (Vergl. oben die Statistik v. Bönniger und Dennig.)

Prüft man den Wert der Operation, so findet man, daß eine Heilung oder Besserung nur bei der Hälfte der Operierten erreicht worden ist; — daß dieser Erfolg zum mindestens bei dem einen Teil dieser günstig beeinflußten Fälle weniger der mechanischen Wirkung als vielmehr der suggestiven der Operation zuzurechnen ist, muß als wahrscheinlich angenommen werden —. Aber auch, was den Einfluß der Operation auf die Gastroptose als solche anbetrifft, sind die Erfolge nicht besonders günstig: Unter 11 nachuntersuchten operierten Fällen war 5 mal noch oder wieder eine Gastroptose vorhanden. Ein Parallelismus zwischen guter Lage des Magens bzw. Gastroptose auf der einen und Heilung bzw. Nichtheilung auf der anderen Seite bestand nicht.

Ueber das hinaus, was die Resultate der Behandlung gezeigt haben, darf heute auf Grund der Erfahrungen der Kliniken gesagt werden, daß die Zahl der Gastroptosediagnosen so stark in Abhängigkeit von dem Ausbau des diagnostischen

Rüstzeuges einer Klinik ist, daß die Vervollkommnung in dieser Richtung fast zu einem Aussterben dieser früher viel gestellten Diagnose geführt hat.

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich nicht verfehlen, Herrn Privatdozenten Dr. F. Reischauer für die Ueberlassung des Themas, seine wertvollen Anregungen und die Uebernahme des Referates meinen ergebensten Dank zu sagen.

Literaturangabe.

C. Schwerdt, Enteroptose und intraabdominaler Druck. Dtsch. med. Wchschrft. 1896.

H. Leo, Gastroptose und Chlorose. Dtsch. med. Wchschrft. 1896.

Stiller, Die Lehre v. Enteroptose u. nerv. Dyspepsie auf Grund des Kostalstigmas. Berl. klin. Wchschrft. 1899.

Stiller, Die asthenische Konstitutionskrankheit. 1907.

Groedel, Gibt es eine Ptose des Magens? Med. Klinik 1908.

Bönniger, Die Gastroptose und ihre Entstehung. Berl. klin. Wchschr. 1910, Nr. 10.

Burckhardt, Splanchnoptose. Ergebn. d. Chir, u. Orthop. Bd. 4, 1912.

Schlesinger, Weitere Aufschlüsse über den Befund u. die Genese der Gastroptose durch das Rö.-Bild. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1912, Bd. 107.

Strauß, Die Gastrokoloptose in radiologischer Betrachtung unter besonderer Berücksichtigung der neuesten Publikationen Rovsings. Dtsch. med. Wchschrft. 1915, Nr. 24.

Rothe, Ueber Gastroptose. Zentrbl. f. Chir. 1919, Nr. 27.

L. R. Grote, Der Einfluß der Konstitution auf die Pathogenese der Magendarmerkrankungen. 1920.

Payr, Eingeweidesenkung und Konstitution. Zentrbl. f. Chir, 1921, Nr. 4.

Havlicek, Ueber Gastroptose. Ztrbl. f. Chir. 1921, Nr. 22.

G. Parlavecchio, Gastrische u. nervöse Störungen bei Ptosis viscerum. Zentrbl. f. Chir. 1922, Nr. 17.

A. Rudolf Erfahrungen über die op. Behandlung der Gastroptose. Zentrlbl. f. Chir. 1922, Nr. 27.

Perthes, Erfahr. mit der Op. der Gastroptose. Zentrbl. f. Chir. 1922, Nr. 41.

Heyer, Psych. Einflüsse auf die Motilität von Magen und Darm. Klin. Wchschr. 1923, Nr. 50.

Gastroptose; aus dem Handbuch v. Mohr u. Staehelin.

Katsch, Die Gastroptose, aus dem Handbuch der inn. Med. v. von Bergmann-Staehelin, Bd. 3, I.

Klapp und Rieß, Die Anheftung des gastropt. Magens an die Rippen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 118

O. Goetze, Ueber die Gastroptose; aus Chirurgie des Magens und Duodenums, Handbuch der prakt. Chirurgie, Bd. 3.

Lebenslauf.

Ich bin am 10. Oktober 1908 als Sohn des Baumeisters Friedrich Danke und seiner Ehefrau Helene, geb. Wengler, in Kattern, Kreis Breslau, geboren worden. Ich besuchte das Gymnasium zu St. Elisabeth in Breslau bis Obertertia und das Gymnasium zu St. Maria-Magdalena in Breslau weiter bis zur Reifeprüfung am 25. II. 1927. Das Studium der Medizin begann ich im Sommersemester 1927 in Tübingen. Vom Wintersemester 1927/28 bis zur Vorprüfung am Ende des Sommersemesters 1929 studierte ich an der Universität in Breslau. Während des ersten klinischen Semesters studierte ich in München, vom zweiten klin. Sem. bis zur Staatsprüfung in Breslau. Am 17. Dezember 1932 beendete ich die Staatsprüfung; am 30. Dezember 1932 legte ich die mündliche Doktorprüfung in Breslau ab. Am 1. Januar 1933 begann ich meine Tätigkeit als Medizinalpraktikant.

Friedrich Danke.